

INGRESOS REMUNERADOS

Por favor complete esta sección con respecto a los ingresos brutos (antes de impuestos y deducciones) para cada uno de los integrantes de la familia que esté trabajando.

Nombre del miembro familiar que está trabajando	Cantidad Ganada	¿Con qué frecuencia?	Para Uso Exclusivo del Establecimiento <i>Ingresos Totales</i>
Nombre y Dirección del Empleador			
Número de personas que trabajan para este empleador: menos de 50 <input type="checkbox"/> 51-200 <input type="checkbox"/> más de 2000 <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/>			

Nombre del miembro familiar que está trabajando	Cantidad Ganada	¿Con qué frecuencia?	Para Uso Exclusivo del Establecimiento <i>Ingresos Totales</i>
Nombre y Dirección del Empleador			
Número de personas que trabajan para este empleador: menos de 50 <input type="checkbox"/> 51-200 <input type="checkbox"/> más de 2000 <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/>			

OTRO TIPO DE INGRESOS

Por favor complete esta sección sobre los demás ingresos brutos (antes de impuestos y deducciones) para cada uno de los integrantes de la familia que esté recibiendo otro tipo de ingresos. Por “otro tipo de ingresos” nos referimos a ingresos recibidos que no provienen de un empleador.

Tipo de Ingresos	Miembro(s) de la Familia que Está(n) Recibiendo dichos Ingresos	Cantidad Recibida	¿Con qué frecuencia? (indique una sólo respuesta)	Para Uso Exclusivo del Establecimiento <i>Ingresos Totales</i>
Seguro Social			Semanal, Mensual, Anual	
Jubilación Ferroviaria			Semanal, Mensual, Anual	
Beneficios de Veterano de Guerra			Semanal, Mensual, Anual	
Fondos de Jubilación			Semanal, Mensual, Anual	
Rentas o Pensiones Anuales			Semanal, Mensual, Anual	
Jubilación o Pensión			Semanal, Mensual, Anual	
Apoyo para el Mantenimiento de Niños			Semanal, Mensual, Anual	
Asistencias de Divorcio/Separación			Semanal, Mensual, Anual	
Fondos de Desempleo			Semanal, Mensual, Anual	
Compensación Laboral			Semanal, Mensual, Anual	
Ingresos de Alquiler			Semanal, Mensual, Anual	
Ingresos Fiduciarios			Semanal, Mensual, Anual	
Asistencia de Transición			Semanal, Mensual, Anual	
EAEDC			Semanal, Mensual, Anual	
Dividendos			Semanal, Mensual, Anual	
Ingresos de Cuenta de Banco			Semanal, Mensual, Anual	
Otros Ingresos:			Semanal, Mensual, Anual	

Si usted o alguna persona listada en la página 1 tiene la **obligación** de hacer pagos para el mantenimiento de niños o para asistencias de divorcio o separación, o las necesidades personales de un miembro de la familia que vive en un hogar de ancianos, por favor complete la sección siguiente.

Tipo de Ingresos	Miembro(s) de la Familia que Está(n) Recibiendo Dichos Ingresos	Cantidad Recibida	¿Con qué frecuencia? (indique una sólo respuesta)	Para Uso Exclusivo del Establecimiento <i>Ingresos Totales</i>
Asistencias de Divorcio/Separación			Semanal, Mensual, Anual	
Mantenimiento de Niños			Semanal, Mensual, Anual	
Necesidades personales			Mensual	

OTROS SEGUROS

Aunque usted tenga seguro de salud, igualmente puede ser elegible para que la Atención Gratuita le cubra el costo de copagos y deducibles.

1. ¿Está usted cubierto por alguna póliza de seguro de salud, incluyendo pólizas de otros países y Medicare? Sí No

Si respondió que sí, por favor provea la siguiente información:

Titular de la Póliza: _____ Asegurador: _____ Número de la póliza: _____

Titular de la Póliza: _____ Asegurador: _____ Número de la póliza: _____

2. ¿Está solicitando Atención Gratuita debido a una lesión o accidente relacionado con el trabajo? Sí No

3. ¿Está solicitando Atención Gratuita debido a un accidente automovilístico? Sí No

4. ¿Tiene usted algún juicio o reclamo de seguros pendiente para la cobertura de esta enfermedad o lesión? Sí No

5. ¿Es usted un estudiante universitario? Sí No Si respondió que sí: De horario completo? De horario parcial?

6. ¿Tiene usted una solicitud pendiente para alguno de los programas siguientes? (Marque todos los que correspondan)

Children's Medical Security Plan MassHealth CenterCare

Transitional Assistance Healthy Start EAEDC

Otro programa _____ Boston HealthNet Cambridge NetworkHealth

7. Está usted aprobado para recibir Atención Gratis en otro hospital o centro de salud comunitario? Sí No

Si respondió sí: ¿dónde? _____

PREGUNTAS OPTATIVAS

Esta pregunta se hace con el único propósito de obtención y análisis estadístico de información, y no será usada en modo alguno para determinar su elegibilidad para la Atención Gratuita.

Raza

Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático o de las Islas del Océano Pacífico Blanco, no Hispano

Negro, no Hispano Hispano Otro _____

ASIGNACION DE DERECHOS

Por favor, lea cuidadosamente la sección siguiente y firme al pie.

Autorizo a mi empleador y a mi seguro de salud a que le proporcionen a este hospital o centro de salud de la comunidad, información sobre ingresos, primas de seguro de salud, coseguros, copagos, deducibles y beneficios cubiertos que yo tenga.

Si yo estuviera solicitando Atención Gratuita debido a un accidente u otro tipo de incidente, y estuviera recibiendo dinero de cualquier fuente con motivo de tal accidente o incidente, como por ejemplo de compensación laboral (*workers' compensation*) o de un asegurador, reembolsaré al hospital o al centro de salud de la comunidad por cualquier servicio médico pagado por el Fondo de Atención Gratuita. Le doy a este hospital o centro de salud de la comunidad el derecho a cobrarle a los aseguradores por el costo de la atención médica según sea apropiado.

Mientras sea elegible para la Atención Gratuita, estoy de acuerdo en que mantendré a este hospital o centro de salud de la comunidad informado sobre cualquier cambio en la situación de mi familia que pudiera afectar mi elegibilidad para la Atención Gratuita, como por ejemplo, cambios en el número de integrantes, la cantidad de ingresos o la cobertura del seguro de salud.

Toda la información presentada en esta solicitud es verdadera, a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en presentar documentación a pedido. Autorizo a este hospital o centro de salud de la comunidad a que le proporcionen a la División de Finanzas y Planeamiento de la Atención Médica (*Division of Health Care Finance and Policy*) o a su designado, la información necesaria para confirmar mi elegibilidad para la Atención Gratuita y para administrar el Fondo de Atención Gratuita. **Entiendo que este hospital o centro de salud de la comunidad no puede compartir información confidencial, como por ejemplo la información contenida en esta solicitud, con ninguna agencia estatal o federal, con la excepción de las salvedades hechas más arriba, sin que yo dé mi autorización previa.**

Firma del Solicitante

Fecha

Si este documento se estuviera firmando en nombre del solicitante: Toda la información contenida en esta solicitud es verdadera, a mi leal saber y entender.

Firma del Representante Autorizado

Fecha

Use esta página para la información adicional.

SOLICITUD DE ATENCIÓN GRATUITA SUPLEMENTO POR DIFICULTADES MÉDICAS

Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor póngase en contacto con:

Este formulario será usado para determinar si usted es elegible para recibir Atención Gratuita bajo la categoría de Dificultades Médicas (*Medical Hardship* en inglés). Para ser elegible para esta categoría, es necesario que usted haya solicitado previamente Atención Gratuita y que provea información que demuestre que sus gastos médicos son tan elevados que usted no cuenta con los medios para solventarlos. El hospital usará la información de este suplemento para determinar si usted es elegible para la Atención Gratuita bajo la categoría de Dificultad Médica (*Medical Hardship*).

Por favor complete todas las secciones de este suplemento. Si está completando la solicitud en nombre de otra persona, por favor responda a todas las preguntas usando la información del solicitante. Si alguna sección o pregunta no le corresponde a usted o a ningún miembro de su familia, escriba "N/C". Si necesita espacio adicional, por favor use otra hoja de papel.

En la Tabla 1, enumere todos sus gastos médicos, incluyendo todos sus servicios de salud. Las facturas médicas aceptables incluyen:

- facturas sin pagar por las que usted sea responsable, por servicios recibidos antes o después de la fecha de la solicitud de Atención Gratuita, y
- facturas pagadas después de la fecha de la solicitud de Atención Gratuita.

En la Tabla 2, enumere todos sus bienes, con la excepción de su lugar principal de residencia (el lugar donde usted vive) y un vehículo automotor. Enumere todos los demás bienes, aún si los posee conjuntamente con otra persona.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Número de Seguro Social (SSN en inglés) o Número de Identificación para los Impuestos (TIN en inglés) (si le han asignado uno)
Domicilio (Calle)			Números de Teléfono (Hogar) () (Trabajo) ()
Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección Postal (si fuera diferente del domicilio)
Fecha de nacimiento		¿Es usted desamparado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

TABLA 1: GASTOS DE SALUD

Gastos Médicos	Costo	¿Con qué frecuencia ocurren estos gastos?
prima del seguro de salud		Semanal, Mensual, Anual
facturas médicas aceptables		Semanal, Mensual, Anual
prima de Medicare Parte A		Semanal, Mensual, Anual
prima de Medicare Parte B		Semanal, Mensual, Anual

TABLA 2: INFORMACIÓN SOBRE LOS BIENES

No incluya su lugar principal de residencia (el lugar en donde usted vive) y un vehículo automotor.

Bien	Propietario(s)	Nombre del Banco o del Titular del Préstamo	Número de Cuenta	Valor Monetario
dinero en efectivo				
cuenta de ahorros				
cuenta de cheques				
certificados a plazo fijo				
cuentas de cooperativa de crédito				
pólizas de seguro de vida				
bienes raíces o inmuebles				
cuentas individuales de jubilación (IRA en inglés)				
planes Keogh				
fondos de jubilación				
rentas o pensiones anuales				
bote				
vehículo vivienda				
otro(s) vehículo(s)				
acciones				
bonos (títulos)				
contratos futuros				
cuentas de mercado de valores				
mutualidades (fondo mutualista de inversión)				
pagarés o notas de pago				
otros				

FIRMA

Por favor, lea cuidadosamente la sección siguiente y firme al pie.

Toda la información presentada en esta solicitud es verdadera, a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en presentar documentación a pedido. Autorizo a este hospital o centro de salud de la comunidad a que le proporcionen a la División de Finanzas y Planeamiento de la Atención Médica (*Division of Health Care Finance and Policy*) o a su designado, la información necesaria para confirmar mi elegibilidad para la Atención Gratuita y para administrar el Fondo de Atención Gratuita. **Entiendo que este hospital o centro de salud de la comunidad no puede compartir información confidencial, como por ejemplo la información contenida en esta solicitud, con ninguna agencia estatal o federal, con la excepción de las salvedades hechas más arriba, sin que yo dé mi autorización previa.**

Firma del Solicitante

Fecha

Si se estuviera firmando en nombre del solicitante: Toda la información contenida en esta solicitud es verdadera, a mi leal saber y entender.

Firma del Representante Autorizado

Fecha

SOLICITUD DE ATENCIÓN GRATUITA –SUPLEMENTO POR LA FAMILIA

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Número de Seguro Social (SSN en inglés) o Número de Identificación para los Impuestos (TIN en inglés) (si le han asignado uno)
Dirección			Números de teléfonos: (Hogar) () (Trabajo) ()
Ciudad	Estado	Código postal	Dirección postal (si fuera diferente del domicilio)
Fecha de nacimiento	¿Es usted desamparado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Miembro de la familia el cual la solicitud de Atención Gratuita contiene información de ingreso para este solicitante:			
Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	SSN o TID (si le han asignado uno)
Si está completando la solicitud para otra persona, por favor complete esta sección como persona de contacto.			Fecha de nacimiento:
Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Relación con el solicitante:

OTROS SEGUROS

Aunque usted tenga seguro de salud, igualmente puede ser elegible para que la Atención Gratuita le cubra el costo de copagos y deducibles.

1. ¿Está usted cubierto/a por alguna póliza de seguro de salud, incluyendo pólizas de otros países? Sí No

Si respondió que sí, por favor provea la siguiente información:

Titular de la Póliza: _____ Asegurador: _____ Número de la póliza: _____

Titular de la Póliza: _____ Asegurador: _____ Número de la póliza: _____

2. ¿Está solicitando Atención Gratuita debido a una lesión o accidente relacionado con el trabajo? Sí No

3. ¿Está solicitando Atención Gratuita debido a un accidente automovilístico? Sí No

4. ¿Tiene usted algún juicio o reclamo de seguros pendiente para la cobertura de esta enfermedad o lesión? Sí No

5. ¿Es usted un estudiante universitario? Sí No Si respondió que sí: De horario completo? De horario parcial?

6. ¿Tiene usted una solicitud pendiente para alguno de los programas siguientes? (marque todos los que correspondan) Sí

No

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Children's Medical Security Plan | <input type="checkbox"/> MassHealth | <input type="checkbox"/> CenterCare |
| <input type="checkbox"/> Transitional Assistance | <input type="checkbox"/> Healthy Start | <input type="checkbox"/> EAEDC |
| <input type="checkbox"/> Otro programa _____ | <input type="checkbox"/> Boston HealthNet | <input type="checkbox"/> Cambridge NetworkHealth |

7. ¿Está usted o el solicitante original aprobado para recibir Atención Gratis en otro hospital o centro de salud comunitario?

Sí No

PREGUNTAS OPTATIVAS

Esta pregunta se hace con el único propósito de obtención y análisis estadístico de información, y no será usada en modo alguno para determinar su elegibilidad para la Atención Gratuita.

Raza

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Océano Pacífico | <input type="checkbox"/> Blanco, no Hispano |
| <input type="checkbox"/> Negro, no Hispano | <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

ASIGNACIÓN DE DERECHOS

Por favor, lea cuidadosamente la sección siguiente y firme al pie.

Autorizo a mi empleador y a mi seguro de salud a que le proporcionen a este hospital o centro de salud de la comunidad, información sobre ingresos, primas de seguro de salud, coseguros, copagos, deducibles y beneficios cubiertos que yo tenga.

Si yo estuviera solicitando Atención Gratuita debido a un accidente u otro tipo de incidente, y estuviera recibiendo dinero de cualquier fuente con motivo de tal accidente o incidente, como por ejemplo de compensación laboral (*workers' compensation*) o de un asegurador, reembolsaré al hospital o al centro de salud de la comunidad por cualquier servicio médico pagado por el Fondo de Atención Gratuita. Le doy a este hospital o centro de salud de la comunidad el derecho a cobrarle a los aseguradores por el costo de la atención médica según sea apropiado.

Mientras sea elegible para la Atención Gratuita, estoy de acuerdo en que mantendré a este hospital o centro de salud de la comunidad informado sobre cualquier cambio en la situación de mi familia que pudiera afectar mi elegibilidad para la Atención Gratuita, como por ejemplo, cambios en el número de integrantes, la cantidad de ingresos o la cobertura del seguro de salud.

Toda la información presentada en esta solicitud es verdadera, a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en presentar documentación a pedido. Autorizo a este hospital o centro de salud de la comunidad a que le proporcionen a la División de Finanzas y Planeamiento de la Atención Médica (*Division of Health Care Finance and Policy*) o a su designado, la información necesaria para confirmar mi elegibilidad para la Atención Gratuita y para administrar el Fondo de Atención Gratuita. **Entiendo que este hospital o centro de salud de la comunidad no puede compartir información confidencial, como por ejemplo la información contenida en esta solicitud, con ninguna agencia estatal o federal, con la excepción de las salvedades hechas más arriba, sin que yo dé mi autorización previa.**

Firma del Solicitante

Fecha

Si este documento se estuviera firmando en nombre del solicitante: Toda la información contenida en esta solicitud es verdadera, a mi leal saber y entender.

Firma del Representante Autorizado

Fecha